

精神障害者と地域生活

— 精神障害者の実態から地域生活を考える —

岡 村 綾 子

〔抄録〕

精神障害者が生活の主体者として地域で生活するには、さまざまな支援を必要とする。その地域生活を支援する方法として、ケアマネジメントが注目されている。そこでケアマネジメントという手法を用いる前に、精神障害者がどのような生活をしているのかを知っておく必要がある。本論は、精神障害者のおかれている現状と彼らの暮らしについて様々な調査からあきらかにし、この実態を踏まえ、彼らが地域で生活していくためには、どのように社会資源等が整備されればよいのかを考察したものである。

キーワード：精神障害者、地域生活、主体者、ケアマネジメント

はじめに

今日、精神障害者が217万人いるとされており、障害と疾患を併せ持った人とされるように、社会生活に不自由なことが多い。精神障害者には、長期入院をしていたり、地域で暮らしていても社会的には孤立していることがあり、社会となじみにくく、人間関係を取り結ぶことが難しいことが多い。精神障害者が生活の主体者として地域で暮らす際に、あたり前の生活を送ることが出来るように支援する体制が必要となってくる。それゆえ生活の主体者として支援するための方法にケアマネジメントが重要であると指摘されている。

そこで、精神障害者のケアマネジメントについて考えるに先立ち、精神障害者が地域で生活を送るにはどうすればよいのかということを考える必要がある。ここでは、精神障害者がどのような状況の中におかれているかを諸外国とも比較しながら、病院や施設、あるいは地域で生活している精神障害者の暮らしの実態を明らかにしていく。そして、これらをふまえながら、精神障害者の地域生活について検討し、どのような問題があるのかを考察していきたい。

1 精神障害者とは

精神障害者の現状を述べる前に、精神障害者の定義や概念について少し整理をしておきたい。精神障害者という言葉は、医学的な概念であると同時に、法律上の概念としても用いられている。近年は、障害概念の枠組みから、身体障害者や知的障害者と同じ障害者としての意味を併せ持つようになった。

法律上の概念として精神障害者という言葉が現れたのは1950年に制定された精神衛生法で、法の対象として定義されたことを契機に広く普及した。この法律の第3条の定義では、精神障害者、精神薄弱者、精神病質者を合わせた概念として精神障害者という言葉が用いられているが、精神病患者監護法や精神病院法において対象を精神病患者としていたものが精神障害者と改められたものである。これは精神病患者の概念が幅広く精神薄弱者その他を含んでいるが、あいまいさが残るという指摘があった。またこのとき社会防衛を強調する立法技術的な主張も加わり、精神薄弱者や精神病質者を精神病患者と同じく法の対象に明文化した。そして、この三者以外に対象が広がらないように精神障害者という表現を用いたのである。

しかし、1970年にあらゆる障害者の人権保障の理念に立ち、障害者対策を総合的に推進する法律として制定された心身障害者対策基本法においては、医療を必要とする精神障害者は、この法律の対象である心身障害者に含まれないと解釈されていた。しかし、厚生省は、先の精神衛生法のなかで「精神障害」の言葉を使っていることを理由に「我が国でも精神科的なものを障害者から除外しているわけではない」と言っていた⁽¹⁾。けれども、精神衛生法の場合の「精神障害」は明らかに「精神疾患」を意味すべきところに「障害」という言葉が使われており、真の意味の障害又は障害者をさしているものではなかった。

その後、1975年に国連総会において「障害者の権利宣言」が決議され、1980年には、WHOの「国際障害分類（ICIDH）」が、従来の症状が固定した医療の必要がなくなった状態を指していた障害概念を変えることになった。そして、1993年（平成5年）に心身障害者対策基本法が「障害者基本法」に改正された。障害者基本法第2条において、「障害者」を「身体障害、精神薄弱又は精神障害があるため、長期にわたり日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者」と定義され、施策の対象となる障害者の範囲に精神障害者が明確に位置付けられた。また、精神保健法も一連の改正を経て、1995年（平成7年）に「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法とする）」に改正され、第5条において、「精神障害者」を「精神分裂病、中毒性精神病、精神薄弱、精神病質、その他の精神疾患を有する者」と定義されている。このように、現在では精神障害者は「疾患と障害を併せ持つ人」ととらえられている。

ここで、障害と疾患の関係を整理してみると、①知的障害やサリドマイド児のように生まれながらの障害を有する場合、②ポリオや脳血管性障害後のマヒなどのように疾患の後にくる障害、③リウマチ、筋ジストロフィー、内部障害などの慢性病あるいは長期にわたる疾患と共存する障害の3つに分類することができる⁽²⁾。この分類において、精神障害は③の長期にわたる疾

患と共存する障害と言える。

また、上田は国際障害分類(ICIDH)に示されている機能・形態障害(impairment)、能力障害(disability)、社会的不利(handicap)の3つに「体験としての障害」の存在を指摘し、⁽³⁾障害を「疾患によって起こった生活上の困難・不自由・不利益」と定義すべきだとしている。⁽⁴⁾すなわち、病気が生活に影響を及ぼしその正常な運行を妨げる場合、それは障害となる、ということである。そして、臺は問題のレベルの差からimpairmentを疾患そのものによる「機能障害」、disabilityを機能障害に基づく生活能力の低下とそれに失敗や経験不足などによる二次的影響の加わった「生活障害」、handicapを生活障害に伴って起こった社会的不利、つまり「社会障害」の3つに区分した。⁽⁵⁾

さらに、WHOの1999年国際障害分類改正(ICIDH-2)の障害モデルは、これまでの病気(disease)→機能障害(impairment)→能力障害(disabilities)→社会的不利(handicaps)という線形モデルから、能力障害を活動(activities)、社会的不利を参加(participation)とし、病気(diseases, disorders)、加齢、出産などを含む健康状態と環境因子と個人因子を含む背景因子との関係の中で、これらの相互関係を循環モデルとして示した。⁽⁶⁾一般的には、症状の悪化が生活能力の低下につながり、生活能力の低下が精神症状の悪化につながる。その一方、生活能力の向上が精神症状の改善につながり、この精神症状の改善がさらに生活能力の改善を呼ぶ。このようにICIDH-2の障害モデルは精神疾患を意識したものといえるだろう。

このように、精神障害者の障害は、「精神疾患そのものによる機能障害」と、疾患によって起こった生活上の困難・不自由・不利益である「機能障害に基づく生活能力の低下と失敗や経験不足などによる二次的影響の加わった生活障害」と「生活障害に伴って起こった社会的障害」と言うことができる。そして、疾患と障害を区別することは難しいため、精神障害者は精神疾患と障害を併せ持つ者と言うことができる。

2 精神障害者の実態

(1) 精神障害者の現状

わが国の精神障害者の総数は、平成11年版の厚生白書によると、約217万人、そのうち在宅者数が182万人、施設入所者数が34.8万人である。⁽⁷⁾なお、施設入所者のうち入院の数は33.7万人である。⁽⁸⁾入院患者数は横ばいであるが、平成5年の患者調査における精神障害者の総数の157万人と⁽⁹⁾比較すると60万人もの増加が認められる。

入院患者を疾患別にみると、表1のように精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害が64.9%、血管性及び詳細不明の痴呆が10.9%、気分〔感情〕障害(躁うつ病を含む)が6.7%の順に多く、精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害が圧倒的に多い。外来患者の場合については、精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害が26.7%、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害が24.3%、気分〔感情〕障害(躁うつ病を含む)が21.3%、てんかんが

<表 1> 入院・外来別受療者の疾病別割合 (%)

(平成 8 年)

	外 来	入 院
血管性及び詳細不明の痴呆	4.9	10.9
アルコール使用<飲酒>による精神及び行動の障害	4.7	5.2
その他の精神作用物質使用による精神及び行動の障害	0.3	0.4
精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害	26.7	64.9
気分[感情]障害 (躁うつ病を含む)	21.3	6.7
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	24.3	2.2
精神遅滞	1.6	3.7
その他の精神及び行動の障害	3.4	3.7
てんかん	12.8	2.4

資料：「患者調査」

出典：『我が国の精神保健福祉』平成 11 年版より作成

12.8%となっている。⁽¹⁰⁾

年齢別の入院患者数については、表 2 のように 20 歳以上 65 歳未満が 23.5 万人と 1 番多く、ついで 65 歳以上の 9.9 万人、20 歳未満の 0.2 万人となっている。20 歳以上 65 歳未満の入院患者数は年々減少しているが、その反面、65 歳以上の入院患者数は年々増加している。⁽¹¹⁾

<表 2> 年齢別入院患者

年 齢 区 分	平成 7 年 6 月	平成 8 年 6 月	平成 9 年 6 月
20 歳未満	3,010	3,055	2,057
20 歳以上 65 歳未満	246,856	240,714	235,188
65 歳以上	91,175	94,945	98,780
総 数	341,041	338,714	336,475

出典：『我が国の精神保健福祉』平成 11 年版

(精神保健福祉課調)

次に精神病院数や精神病床数については、平成 10 年病院報告 (速報版) によると、精神病院数は 1,670 カ所、精神病床数は 359,530 床、人口万対精神病床数が 28.5 床、病床利用率 93.4% となっている。⁽¹²⁾ 国別に見た精神病床数の年次推移と人口比 (表 3) についてみると、日本は 1960 年から 1990 年まで年々精神病床数が増加しており、1960 年と 1990 年を比較すると 3.8 倍以上増加していることがわかる。

一方、ドイツが 1960 年から 1975 年にかけて増加している以外は、精神病床数は年々減少している。そして、人口万対精神病床数に関しては、日本の 30.0 床は他の国の 2 ～ 4 倍以上となっている。⁽¹³⁾

<表3> 国別に見た精神科病床数の年次推移と人口比

	1960年	1970年	1975年	1980年	1985年	1990 or 89年	人口万対精神病床数 1990 or 89年
日本	95,067	247,725	278,123	308,589	334,589	359,087	30.0
ドイツ	51,209	123,773	125,993	121,164	110,103	103,916	13.0
イギリス	—	—	—	129,475	108,667	85,695	14.8
アメリカ	722,000	527,000	330,000	215,000	171,000	160,000	6.3

出典：『我が国の精神保健福祉』平成8年版より作成

ここで精神病院数及び精神病床数を開設者別にみると、表4のように病院数は国公立医療機関（国・都道府県・市町村・公的医療機関）308カ所（18.4%）、民間病院（法人・個人）1,362カ所（81.6%）であり、病床数は国公立医療機関（国・都道府県・市町村・公的医療機関）40,134床（11.2%）、民間病院319,396床（88.8%）と大部分を民間病院が占めている。⁽¹⁴⁾

<表4> 開設者別精神病院数及び病床数

	国	都道府県	市町村	公的医療機関	そ の 他		計
					法 人	個 人	
施 設 数	94	82	82	50	1,194	168	1,670
%	5.6	4.9	4.9	3.0	71.5	10.1	100.0
病床数（床）	9,332	17,338	7,950	5,514	290,454	28,942	359,530
%	2.6	4.8	2.2	1.5	80.6	8.0	100.0

資料：平成9年病院報告（速報版）

出典：『我が国の精神保健福祉』平成11年版より作成

さらに入院形態についてしてみると、1998年において措置入院1.3%、医療保護入院27.5%、任意入院69.6%、その他の入院1.6%となっている。⁽¹⁵⁾ また病棟の開放率（表5）は民間精神病院の状況からでは、全体の31.6%が開放病床、68.4%が閉鎖病床となっている。⁽¹⁶⁾

これを入院形態別と合わせてみると、表6のように措置入院者の場合は、開放病棟11.2%、閉鎖病棟88.8%、医療保護入院者の場合開放病棟23.1%、閉鎖病棟76.9%、任意入院者の場合は、開放病棟45.7%、閉鎖病棟54.3%、その他の入院者の場合開放病棟72.0%、閉鎖病棟

<表5> 民間精神病院の開放率の状況

精神病床数	開放病床数	閉鎖病床数
223,502床	70,700床（31.6%）	152,802床（68.4%）

資料：1996年「日本精神病院協会総合調査」

引用：氏家憲章『変動期の精神病院（どうすれば病院改革が進むか）』p.17より

<表 6> 病棟の開放・閉鎖別の入院者の状況

	措置入院	医療保護入院	任意入院	その他の入院	合 計
開放病棟	808	25,887	97,792	7,559	132,046
%	11.2	23.1	45.7	72.0	38.4
閉鎖病棟	6,415	86,343	116,182	2,940	211,880
%	88.8	76.9	54.3	28.0	61.6
合 計	7,223	112,230	213,974	10,499	343,926

資料：1996年「日本精神病院協会総合調査」

引用：氏家憲章『変動期の精神病院(どうすれば病院改革が進むか)』p.18より

<表 7> 5カ国における平均入院日数

疾 患 名	日 本	米 国	デンマーク	スペイン	オーストラリア
感染性及び寄生虫疾患	36.7	7.7	6.3	12.9	4.4
悪政新生物	46.0	8.3	7.7	15.2	7.1
精神疾患	325.5	12.7	17.2	107.4	13.4
循環器疾患	80.9	7.6	10.9	14.1	9.2
全ての疾患	44.9	6.5	7.2	12.7	5.4

資料：OECD 1991年による

出典：『我が国の精神保健福祉』平成8年版

28.0%となっており、任意入院の半数以上が閉鎖病棟に入院していることがわかる。⁽¹⁷⁾

次に精神障害者の入院から退院までの平均在院日数は、1981年が534.8日、1996年が441.4日と15年間に93日間短縮した⁽¹⁸⁾。しかし、依然として長期入院である。ちなみに、日本、アメリカ、デンマーク、スペイン、オーストラリアの5カ国における平均入院日数を比較すると（表7）、全ての疾患においてみた場合、日本44.9日、アメリカ6.5日、デンマーク7.2日、スペイン12.7日、オーストラリア5.4日と、日本は他の国より3.5～7倍も長い。また疾患別に比較した場合でも日本はどの疾患においても他の4カ国より平均入院日数が長い。特に精神疾患において比較してみると、日本325.5日、アメリカ12.7日、デンマーク17.2日、スペイン107.4日、オーストラリア13.4日と日本に次いで長いスペインと比較しても3倍以上も長くなっている。⁽¹⁹⁾

また、平均在院日数を都道府県別に見ても、最も短い山形県でさえ255.9日とスペインの約2.4倍の長さである。最も長い徳島県は691.4日と全国平均の約1.6倍も長いことがわかる。⁽²⁰⁾さらに、入院期間別の分布をみても（表8）、1年未満の入院患者数は全体の4分の1を占めている（内訳：3カ月未満12.4%、3～6カ月未満5.6%、6～12カ月未満7.1%）。一方、5年以上の長期入院患者数は48.2%（内訳：5～10年未満14.8%、10～20年未満16.9%、20年以上16.5%）と約半数を占めている。⁽²¹⁾仮に入院期間が1年未満の入院患者がすべて任意入院であっ

<表 8> 入院期間別分布

入 院 期 間	入院患者数（名）	%
3ヶ月未満	25,578	12.4
3－6ヶ月未満	11,579	5.6
6－12ヶ月未満	14,722	7.1
1－3年未満	34,163	16.6
3－5年未満	20,748	10.1
5－10年未満	30,615	14.8
10－20年未満	34,798	16.9
20年以上	33,921	16.5
総 数	206,137	100.0

資料：1996年「日本精神病院協会総合調査」

引用：氏家憲章『変動期の精神病院（どうすれば病院改革が進むか）』より p.19

たとしても、任意入院の患者の約40％が、1年以上入院していることになる。これは表6からもわかるように、入院患者の半数以上が閉鎖病棟に入院しており、このことが入院期間を長引かせる原因の一つではないかと考えられる。

少し以前の調査結果ではあるが、1983年の精神障害者の実態調査において、入院患者のうち、近い将来において、「退院して社会生活ができる」もの8.4％、「条件が整えば退院の可能性はある」もの22.0％、「相当の困難はあるが退院の可能性はある」もの26.5％という結果であった。⁽²²⁾ 退院の可能性のある患者が57％を占めており、約34万人の入院患者のうち約30％にあたる約10万人が、条件が整えば退院の可能性のあることになる。厚生省も、入院中の精神障害者のうち数万人は条件が整えば退院が可能であるとし、退院促進のための条件として、家族の円滑な受け入れ、社会復帰施設等の受け皿、デイ・ケア事業等の充実、保健所等の援助をあげている。

（2）精神障害者の暮らし

精神障害者の暮らしについて、ここでは病院や施設に入っている精神障害者と地域で生活をしている精神障害者とに分けてみることにする。まず最初に、病院や施設に入っている精神障害者の暮らしについて、精神病院の入院患者と社会復帰施設入所者の生活を全国精神障害者家族会連合会（以下「全家連」という）が1993年1月に実施した「全国入院・入所者本人調査」⁽²³⁾ からみていきたい。この調査は日本ではじめての入院患者本人に対するアンケート調査である。調査対象は精神病院に1年以上入院している精神分裂病患者（以下、入院群）と社会復帰施設入所者（以下、施設群）である。

調査対象者の男女及び年代別の割合は、入院群が男性59.7％、女性38.5％、年齢は40歳代30.4％、50歳代30.0％、60歳以上が18.8％、一方施設群は男性65.2％、女性34.6％、年齢は40

歳代34.6%，50歳代22.3%，30歳代が21.3%となっている。また，入院群の入院期間は1～2年未満が14.6%，5年未満14.4%，10年未満13.7%，20年未満19.7%，20年以上19.6%であり，無回答（18.0%）を除くと半数が10年以上の長期入院となっている。

入院群の家族については，入院前に一人暮らしであった者12.6%に対し，77.5%が家族と同居で，母63.6%，父49.8%，同胞45.5%であった（表9）。しかし，現在健在な家族は同胞67.6%，母43.0%，おいめい32.4%，父28.1%で入院期間とともに父母の健在率は減少し，入院期間が10年以上では母37.5%，父20.7%となっている。施設群の健在な家族は同胞83.8%，母55.6%，同胞の妻・夫55.3%，おい・めい47.1%，父39.1%と，入院群に比べてきょうだい世代が多い。

家族を頼りに思っているかどうかに関しては，入院群は「余裕がないがもう少し頼りたい」が22.0%，「余裕があるので頼りたい」が21.8%と家族の余裕の有無にかかわらず，43.8%の者が家族に頼りたいとしている。一方，施設群は「余裕がないがもう少し頼りたい」が24.2%いるが，「余裕ないので頼りたくない」27.7%，「余裕あるが頼りたくない」14.9%と合わせて42.6%が家族に頼りたくないとしている（表10）。

現在生活している居室の同室者の人数は，入院群では「5～6人部屋」が43.0%で最も多く，次いで「3～4人部屋」22.5%，「7人部屋以上」17.0%となっている。一方，施設群では個室が46.5%で最も多く，次いで「2人部屋」38.3%，「3～4人部屋」13.0%と相部屋であっても

<表9> 入院前の同居者，同居していた家族

	人 (%)
家族と同居	4972 (77.5)
ひとりで暮らす	811 (12.6)
施設で暮らす	122 (1.9)
その他	181 (2.8)
無回答	331 (5.2)
全 体	6417 (100.0)

【再掲】家族と一緒に暮らしていた人の同居家族	
父	2477 (49.8)
母	3161 (63.6)
同胞	2263 (45.5)
同胞の妻・夫	777 (15.6)
妻・夫	605 (12.2)
子ども	519 (10.4)
おい・めい	532 (10.7)
祖父母	374 (7.5)
その他	172 (3.5)
わからない	62 (1.2)
全 体	4972 (100.0)

出典：全家連保健福祉研究所モノグラフNO.7より

<表10> 家族関係

	入 院 群	施 設 群
	人 (%)	人 (%)
健在な家族 [複数回答]		
父	1805 (28.1)	147 (39.1)
母	2761 (43.0)	209 (55.6)
同胞	4341 (67.6)	315 (83.8)
同胞の妻・夫	2486 (38.7)	08 (55.3)
妻・夫	506 (7.9)	13 (3.5)
子ども	803 (12.5)	30 (8.0)
おい・めい	2077 (32.4)	177 (47.1)
祖父母	342 (5.3)	27 (7.2)
誰もいない	128 (2.0)	9 (2.4)
わからない	137 (2.1)	2 (0.5)
家族を頼りに思っているか		
余裕ないので頼りたくない	1018 (15.9)	104 (7.7)
余裕ないがもう少し頼りたい	1414 (22.0)	91 (24.2)
余裕あるが頼りたくない	566 (8.8)	56 (14.9)
余裕があるので頼りたい	1397 (21.8)	59 (15.7)
わからない	1161 (18.1)	36 (9.6)
無回答	861 (13.4)	30 (8.0)
全 体	6417 (100.0)	376 (100.0)

出典：全家連保健福祉研究所モノグラフNO.7より

入院群より同室者の人数は少ない (表11)。

私物で所持が禁止されているものについては、入院群が、果物ナイフ、はさみ、T字型カミソリ、自分のテレビ、ライター、ガラスや瀬戸物のコップ、銀行や郵便局の通帳、銀行のキャッシュカード、現金などがあげられる。施設群では、「特にない」が39.1%占めており、禁止されているものでは、自分のテレビ、果物ナイフが目立つ程度で、入院群と大きな差が認められる (表12)。

食事や入浴については、夕食の開始時間は、入院群では、5時前後が25.4%と最も多く、次いで4時半前後、5時半前後の順に多い。施設群では、6時前後が35.4%と最も多く、次いで5時前後、5時半前後となっている。いずれも一般家庭の夕食の時間より早い。入浴の回数は、入院群が「週に2回」49.4%、「週に3回」32.3%の順で、施設群は「週に3回」38.0%、「週に4回以上」22.1%の順で、入院群に多い「週に2回」は17.6%であった。また、主な入浴の時間帯については、入院群は「午後」48.2%、「午前」21.7%に対して、施設群では「夕食後から」が68.6%を占めている (表13)。入院群の入浴の時間は、日勤の職員の勤務時間内に行うため、このような時間帯になるものと考え。

表11・12・13より、病棟での生活は、多人数の部屋・食事の時間・私有物の所持の制限など

<表11> 同室者数

	入 院 群	施 設 群
	人 (%)	人 (%)
1 人部屋	145 (2.3)	175 (46.5)
2 人部屋	293 (4.6)	144 (38.3)
3～4 人部屋	1446 (22.5)	49 (13.0)
5～6 人部屋	2758 (43.0)	2 (0.5)
7 人部屋以上	1093 (17.0)	3 (0.8)
保護室	28 (0.4)	- (-)
わからない	65 (1.0)	- (-)
無回答	589 (9.2)	3 (0.8)
全 体	6417 (100.0)	376 (100.0)

出典：全家連保健福祉研究所モノグラフNO.7より

<表12> 所有が禁止されているもの

	入 院 群	施 設 群
	人 (%)	人 (%)
自分のテレビ	2647 (41.2)	99 (26.3)
はさみ	3557 (55.4)	17 (4.5)
ガラスや瀬戸物のコップ	1558 (24.3)	12 (3.2)
ライター	2522 (39.3)	12 (3.2)
コーヒー	745 (11.6)	12 (3.2)
T字型カミソリ	3191 (49.7)	15 (4.0)
果物ナイフ	4001 (62.4)	39 (10.4)
現金	1105 (17.2)	11 (2.9)
銀行や郵便局の通帳	1367 (21.3)	9 (2.4)
銀行のキャッシュカード	1208 (18.8)	6 (1.6)
その他	157 (2.4)	30 (8.0)
わからない	225 (3.5)	25 (6.6)
特にない	333 (5.2)	147 (39.1)
全 体	6417 (100.0)	376 (100.0)

出典：全家連保健福祉研究所モノグラフNO.7より

通常の社会生活とは随分懸け離れた実態と言える。

次に、地域で生活をしている精神障害者の生活を、全家連が1992年に実施した「全国地域生活本人調査⁽²⁴⁾」から明らかにしていく。この調査は小規模作業所、精神科デイケア、社会復帰施設等の利用者を対象としているので、必ずしも在宅の精神障害者の生活を表しているものとは言えないかもしれないが、ある程度の傾向を把握することはできるとと思われる。

調査対象者の男女及び年代別の割合は、男性67.2％、女性32.2％、年齢は40歳代が31.9％、30歳代が28.4％、29歳以下が18.9％である。

同居者については（複数回答）、「母」51.7％、「父」38.2％、「ひとり暮らし」22.9％、「きょ

<表13> 施設内生活

	入 院 群	施 設 群
	人 (%)	人 (%)
夕食の開始時間		
3時46分～4時15分	304 (4.7)	6 (1.6)
4時16分～4時45分	1381 (21.5)	26 (6.9)
4時46分～5時15分	1632 (25.4)	91 (24.2)
5時16分～5時45分	1209 (18.8)	63 (16.8)
5時46分～6時15分	746 (11.6)	133 (35.4)
6時16分～6時45分	42 (0.7)	19 (5.1)
6時46分～7時45分	15 (0.2)	2 (0.5)
その他の時間	63 (1.0)	4 (1.1)
無回答	1025 (16.0)	32 (8.5)
入浴回数		
週に1回	109 (1.7)	6 (1.6)
週に2回	3170 (49.4)	66 (17.6)
週に3回	2073 (32.3)	143 (38.0)
週4回以上	199 (3.1)	83 (22.1)
その他	109 (1.7)	62 (16.5)
無回答	757 (11.8)	16 (4.3)
主な入浴時間帯		
午前	1392 (21.7)	3 (0.8)
午後	3093 (48.2)	62 (16.5)
夕食後から	648 (10.1)	258 (68.6)
その他	244 (3.8)	23 (6.1)
無回答	1040 (16.2)	30 (8.0)
全 体	6417 (100.0)	376 (100.0)

出典：全家連保健福祉研究所モノグラフNO.7より

うだい」22.6%の順に多い(表14)。親やきょうだいと生活している人のうち、46.7%は「家族から自立したい」と思っており(表15)、その自立の条件として、多い順に「生活に困らないだけのお金がある」「自分にあった職場がある」「自立しようという意志や意欲がある」「結婚相手がいる」「親身に相談にのってくれる専門家がいる」などがあげられる(表16)。

そして、家族に対する期待度は、「家族に余裕ないがもう少し頼りたい」が24.1%、「家族に余裕があるので頼りたい」が19.6%と余裕の有無に関係なく、43.7%の者が家族に頼りたいと思っており、逆に、33.7%が家族に頼りたくないと思っている(表17)。

収入に関しては、「障害年金・手当」が最も多く(43.0%)、次いで「作業所の工賃」(37.6%)、「親・兄弟からの援助」(27.0%)、「勤め先の給料」(18.9%)の順に多い。その月額の総収入については、「10万円以上15万円未満」(14.8%)が多く、次いで「6万円以上8万円未満」(13.5%)、「4万円以上6万円未満」(11.9%)となっており、10万円未満の者が58.6%と半数以上を占め

<表14> 同居者

	人 (%)
ひとり暮らし	862 (22.9)
父	1438 (38.2)
母	1947 (51.7)
きょうだい	853 (22.6)
きょうだいの妻・夫	142 (3.8)
おい・めい	125 (3.3)
あなたの妻・夫	222 (5.9)
あなたの子供	130 (3.4)
祖父	48 (1.3)
祖母	125 (3.3)
同病の仲間	428 (11.4)
全 体	3769 (100.0)

出典：全家連保健福祉研究所モノグラフNO.6より

<表15> 家族から自立したいか

(親やきょうだいと生活している人 N=2102)

	人 (%)
家族から自立したい	981 (46.7)
家族から自立したくない	448 (21.3)
どちらともいえない	673 (32.0)
全 体	2102 (100.0)

出典：全家連保健福祉研究所モノグラフNO.6より

<表16> 自立の条件

(家族から自立したい人 N=981)

[複数回答]	人 (%)
生活に困らないだけのお金がある	832 (84.8)
自分にあった職場がある	775 (79.0)
日中出掛けて行けるデイケアや作業所がある	330 (33.6)
仲間と一緒に暮らせる住居がある	153 (15.6)
結婚相手がいる	428 (43.6)
親身に相談にのってくれる専門家がいる	410 (41.8)
自立しようとする意志や意欲がある	614 (62.6)
その他	42 (4.3)
わからない	3 (0.3)
全 体	981 (100.0)

出典：全家連保健福祉研究所モノグラフNO.6より

<表17> 家族への期待度

	人 (%)
家族に余裕ないので頼りたくない	531 (14.1)
家族に余裕ないがもう少し頼りたい	910 (24.1)
家族に余裕あるが頼りたくない	454 (12.0)
家族に余裕があるので頼りたい	738 (19.6)
わからない	589 (15.6)
無回答	547 (14.5)
全 体	3769 (100.0)

出典：全家連保健福祉研究所モノグラムNO.6より

<表18> 収入について

	人 (%)
定期的な収入源 [複数回答]	
勤め先の給料	711 (18.9)
障害年金・手当	1620 (43.0)
作業所の工賃	1418 (37.6)
自営業の手伝い	91 (2.4)
自己資産からの収入	178 (4.7)
親・兄弟等からの援助	1016 (27.0)
その他	496 (13.2)
定期的な収入はない	173 (4.6)
月額総収入	
～1万円未満	295 (7.8)
～2万円	302 (8.0)
～4万円	297 (7.9)
～6万円	448 (11.9)
～8万円	507 (13.5)
～10万円	358 (9.5)
～15万円	556 (14.8)
～20万円	121 (3.2)
20万円以上	98 (2.6)
その他	51 (1.4)
不 明	736 (19.5)
全 体	3769 (100.0)

出典：全家連保健福祉研究所モノグラフNO.6より

<表19> 今の生活状態

	人 (%)
やっとその日を送る。このままでは暮らしていけぬ	396 (10.5)
食べるのに精一杯、他のものには手が届かぬ	464 (12.3)
食べる方の心配はない、まとまったものに手が届かぬ	1330 (35.3)
ぜいたくとは言えぬが、暮らしに必要なものは買える	1088 (28.9)
一般と比べて恵まれた生活をしている	307 (8.1)
無回答	184 (4.9)
全 体	3769 (100.0)

出典：全家連保健福祉研究所モノグラフNO.6より

<表20> 有給の仕事をしているか

	人 (%)
正社員・従業員として働く	187 (5.0)
パート・臨時・日雇い・アルバイトで働く	348 (9.2)
商工自営業で働く	29 (0.8)
農林漁業で働く	25 (0.7)
内職をしている	42 (1.1)
職親で働く	177 (4.7)
作業所で働く	1261 (33.5)
通所授産施設で働く	194 (5.1)
その他	103 (2.7)
収入の伴う仕事をしない	1105 (29.3)
無回答	298 (7.9)
全 体	3769 (100.0)

出典：全家連保健福祉研究所モノグラフNO.6より

ている（表18）。そして、今の生活状態は、「食べる方の心配はない、まとまったものに手が届かぬ」が35.3%と最も多く、「食べるのに精一杯、他のものには手が届かぬ」（12.3%）、「やっとその日を送る。このままでは暮らしていけぬ」（10.5%）をあわせると、58.1%の者が余裕のない生活をしていると言える（表19）。

収入に関連して、有給の仕事をしているかについては、「作業所で働く」（33.5%）、「収入の伴う仕事をしていない」（29.3%）が多い。これは、先にも述べたように、この調査の対象者が小規模作業所や精神科のデイケア等の利用者であることがよくあらわれている（表20）。

表15～20より、地域で生活をする精神障害者は、家族から自立したいと思っており、自立するには「生活に困らないだけのお金」や有給の仕事が必要と考えている。しかし、実際には作業所やデイケアなどを利用して、「障害年金・手当」や「親や兄弟からの援助」も受けながら、あまり余裕があるとは言えない生活を送っている。そのため、家族に余裕があってもなくても頼りたいと思っている。

以上、わが国の精神障害者の現状と暮らしについて統計上の数字から明らかにしてきた。諸外国に比べると精神障害者のおかれている現状は、長期施設入所、すなわち精神病院への長期入院が目だっており、欧米で脱施設化政策が行われている時期に日本はさらに精神病院を作り続けていた。そして、その病院というと、公立病院の数は少なく、80%が民間病院で、病床数で言えば約90%を民間病院で占めている。ここに、いわゆる社会的入院が存在する原因がある。精神病院は一般病院の4割程度しか収入がなく、⁽²⁵⁾ 少ない職員で超過入院状態の入院収入依存型の病院経営を行わないと成り立たなかった。このような状況の中で、強制入院が多かったこともあり、退院するには家族の同意が必要であったが、家族の状況も変化したり、社会状況が精神障害者を受け入れるような体制でもなかったため、退院を拒否することが多く、このことも社会的入院の一因となったといえる。

3 精神障害者を取り巻く環境

精神障害者が社会生活を送るには、医・職・住・友が重要と言われている⁽²⁶⁾。しかし、精神障害者が、自分の意志で一人の人間として地域で暮らせるようになるには、たとえ医・職・住等が用意されていても精神障害者にとって居心地のいい環境、すなわち生活環境が整っているかどうかが問題となるため、環境が一番重要であると考ええる。

街の環境は暮らしの基盤であり、生活の営みはその支えによって内容や結果として自立性を獲得していくものである。社会生活力に影響を与える生活環境は、偏見や差別、社会の障害者に対する客観的理解とその対応の不足により生み出されていると言える。障害者が社会参加しようとしたときの一番の問題は、社会の中にある心の壁である。

多くの障害者やその家族が、心ない言葉や視線、人間としての尊厳を傷つけるような扱いを経験し、社会に積極的に出て行くのをためらうことがある。例えば、障害者を社会にとって役

に立たない、迷惑な存在とし、好奇ときには嫌悪の眼で見ることがある。犯罪を精神障害者と短絡的に結びつける発想があったり、地域の中に障害者施設を建設しようとするとは反対運動が起きたりする。これは、無知と無関心による偏見と差別の障害者観で、地域住民の障害者観の多くがこれではないかといえる。そして、精神分裂病などの精神疾患を患っていると考えられるものが起こした事件のマスコミなどの取り上げ方が、この障害者観を増長させていると考えられる。あるいは、障害者を庇護すべき存在と考え、優越的な立場から不幸な障害者のために何かをしてあげようとする姿勢であり、かわいそうとか気の毒という憐れみ、同情の障害者観である。これは、障害者やその家族には決して心地のよいものではない。そして障害者が人間として当たり前の要求、権利を主張すると「障害者のくせに」という態度に変わりやすい。この障害者観は、医療機関に置いては精神科以外の医療関係者や行政機関においても精神障害者とかかわることの少ない部署にいる行政の関係者に多いように思われる。

障害者を特別視する障害者観を払拭するためには、障害というものの正しい知識を普及する広報活動ももちろん大切であるが、社会のいろいろな場面に種々の障害のある人がいるのが当たり前という状況にする必要がある⁽²⁸⁾。

政府は、障害者プランのなかで「心のバリアを取り除くために」として、「精神障害者に対する誤解や偏見が、回復途上の精神障害者の地域での自立や就労の促進、社会復帰施設の整備等に当たって大きな阻害要因となっていることから、地域住民に対する正しい知識の啓発普及や施設と住民との交流等を通して、その是正を図る」としているが、法律あるいは施策・制度での精神障害者と他の精神障害者の取り扱い方の違いは、正しい知識の啓発普及には繋がらず、かえって誤った障害者観を植え付けかねない。

今日定着しつつある障害者観、すなわち障害者は障害のない人と同じ欲求・権利をもつ人間であり、社会の中でともに生きていく仲間であると言う「共生」の障害者観が、もっと広まれば、障害者、とりわけ精神障害者が地域で暮らしやすくなるのではないだろうか。

4 精神障害者の地域生活

精神障害者のおかれている状況や環境についてこれまでみてきたが、これらをふまえ、精神障害者が地域生活をおこなっていく上でどのような問題があるのか考えてみたい。

精神障害者が社会生活を送るには、医・職・住・仲間そして周囲の援助が必要といわれている⁽²⁹⁾。そこで、これらについて順にみていくことにする。

まずはじめに、医療については、精神疾患をもちながら社会生活を営んでいくうえで必須のものとなる。入院治療も含めていかにその時の症状にあった治療が行われるか、収入、勤務時間、家族・周囲の協力等の社会的状況に合わせた治療態勢・医療供給体制が保障できるかがポイントとなる⁽³⁰⁾。このことから考えると、精神病院は概ね郊外にあることが多いため、地域生活を始めるにあたって、地域にある診療所や緊急避難として休養を取るための場として地域内の

病院を主治医に紹介してもらったりする必要がある。とりわけ、就労している人が職場に気兼ねせずに通院できるように、午後特に夕方の診療（いわゆる夜診）を行っている診療所や病院が、郊外ではなく住んでいる街の中にあることが望まれる。また、デイケアを利用する場合も、住んでいる地域にあることが理想である。しかし、大阪市のように単科の精神病院がなく、総合病院の精神科あるいは他市の精神病院を利用しなければならない所もある⁽³¹⁾。また、精神疾患以外の病気において救急医療体制が整っているように、精神疾患の場合においても救急医療体制は必要である。これまでは、緊急に入院が必要となる精神障害者の移送に関して、救急車を利用できず、家族が連れて行かなければならなかったため、警察に頼るか、民間の警備会社に搬送をゆだねたりしていたため、人権の問題が生じてきていた。1999年の精神保健福祉法の改正により、都道府県知事が応急入院を行うために指定した病院に移送することができることになった。しかし、利用者本位で、利便性や地域性を考慮した地域指向型の精神科救急医療体制は確立されたとはいえない。

次に職業について考えてみたい。就労は収入を得るということだけではなく、社会参加の具体的な手ごたえを感じ、自己実現の欲求を満たすという大きな側面を持つ⁽³²⁾。就労の場として、職親や福祉工場、小規模作業所などがあげられるが、就労援助サービスに対するニーズが大きいかいけれども十分な施策がとれていない。職業リハビリテーションサービスの利用が可能になったが、精神障害者にはアクセスが悪いため利用しにくい。福祉工場は、一般事業所の位置付けをもっているため最低賃金が保障されるが、全国に7ヶ所しかない（平成11年度予算⁽³³⁾）。

また、雇用率制度と雇用納付金制度は身体障害者と知的障害者に適用され、精神障害者は該当しないので、早急に適用を実現する必要がある。

住居の問題は収入との関係や利便性・安全面も含めた地域性、住環境など多角的なニーズを考慮しなければならない⁽³⁴⁾。精神障害者が地域で暮らすための住居を考えた場合、家族と一緒に暮らす場合以外は、社会復帰施設である生活訓練施設や福祉ホーム、あるいはグループホーム、アパート、そして生活保護法に基づく居住施設である救護施設や更生施設をあげることができる。生活訓練施設や福祉ホームは社会復帰を目的とした施設であるために、利用期限が定められており、永続的な地域生活の場とはいえない⁽³⁵⁾。

次に友、仲間である。これはデイケアや作業所、保健所等で行われているグループワークなどのなかから、仲間作りが始まり、やがてセルフヘルプグループへと発展が望まれる。また、仲間のネットワークの形成にもつながる。仲間による支え合いは、地域で生活するには欠かせない要素とされている。

最後に周囲の援助であるが、地域生活の視点から考えると、相談・介護等があげられる。相談については、作業所の職員やグループホームの世話人、あるいは保健婦や福祉事務所のワーカーなどに相談することが考えられるが、休日や夜間に誰が対応するかが課題となっている。

介護等については、これはホームヘルプそのもので、精神障害者に対するホームヘルプサー

ビスは、2002年（平成14年）4月1日から、在宅福祉事業のなかの居宅介護等事業として施行されることになった。

ここで家族も援助する側として捉えがちであるが、けっして余裕があるわけではない状態にもかかわらず、生活を援助する上で大きな役割を果たしてきた家族にも様々な問題を抱えており、ニーズに応じた支援体制を考える必要がある。

精神障害者が地域で生活をしていくのに、社会資源は決して豊富とは言えない状況である上に地域間格差が非常に大きいために、社会資源が揃っていれば地域生活を送ることができるのに、やむをえず社会的入院をしている人も少なくはないだろうと思われる。精神障害者に対する施策が地域によって偏りのないように施行されることが望まれる。

おわりに

以上、精神障害者の現状や暮らしりと地域生活を送っていく上での問題点をみてきたが、精神障害者は、長期入院により社会から隔離され、社会の偏見と差別がある中で十分とはいえない社会資源を利用しながら暮らしている。意欲が乏しくなり不活発で、自分に閉じこもりがちになり、何もせずに毎日をボーッと過ごしたり寝ていたり、昼間寝ることで昼夜が逆転をした生活を送っていたりなど社会的に孤立している者や枠にはめられた生活、言い換えれば決められた時間にしか食事や入浴をすることができないなど長期入院を余儀なくされていた者などは、地域住民の生活の仕方と食い違うところがあり、社会に馴染みにくいものである。そのうえ、人間関係を取り結ぶことが難しくなると、当然、利用可能なサービスを他の住民と同様に使って生活することもしにくい状況になる。地域社会で市民と対等に生活する経験が少ないので、“主体性を持った生活を”と言われても戸惑い、障害者側にも地域社会と関係を樹立するには困難なことがある。

今後の課題として、地域で生活するものが暮らしやすいように社会資源の充実と環境の整備は言うまでもないが、それ以上に生活の仕方に対する主体性や自由が保障されるような支援が必要とされる。そのためにも地域生活を支援する方法としてのケアマネジメントの早急な確立が望まれる。

注

- (1) のちに、心身障害者対策基本法第2条の条文の「精神薄弱等の精神的欠陥」の「等」のなかには寛解状態にある精神障害者も含まれるという解釈が国会での政府答弁として示されている。(1980年)
- (2) 砂原茂一『リハビリテーション』岩波新書 1980年 p.18
- (3) 上田敏『リハビリテーションを考える』青木書店 1983年 p.72
- (4) 同上 p.73
- (5) 臺弘「生活療法の復権」『精神医学』第26巻 1984年 p.807
- (6) 伊勢田堯「国際障害分類改訂案と精神障害概念 精神障害者リハビリテーションの立場から」『障

- 者問題研究』第26巻 1998年 p.16～22
- (7) 厚生省監修『厚生白書（平成10年版）』ぎょうせい 1998年 p.382
 - (8) 厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健課監修『我が国の精神保健福祉（平成10年版）』厚健出版 1999年 p.485
 - (9) 総理府編『障害白書（平成9年版）』大蔵省印刷局 1997年 p.251
 - (10) 前掲書8) p.484
 - (11) 同上 p.68
 - (12) 同上 p.485
 - (13) 厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健課監修『我が国の精神保健福祉（平成8年版）』厚健出版 1997年 p.167
 - (14) 前掲書(8) p.486
 - (15) 同上 p.493
 - (16) ゆうゆう編集部編 氏家憲章『変革期の精神病院〔どうすれば病院改革が進むか〕』萌文社 1998年 p.17
- ※日本精神病院協会には民間精神病院1,364病院中1,202病院が加盟。
- (17) 同上 p.18
 - (18) 厚生省大臣官房統計情報部編『平成8年 医療施設（静態・動態）調査 病院報告 上巻（全国編）』厚生統計協会 1998年 p.428
 - (19) 前掲書(13) p.167
 - (20) 前掲書(8) p.492
 - (21) 前掲書(16) p.19
 - (22) 「昭和58年度精神衛生実態調査の概要」厚生省保健医療局精神保健課監修『我が国の精神保健の現状』厚生環境問題研究会 1985年 p.62
 - (23) 全家連保健福祉研究所編『精神障害者・家族の生活と福祉ニーズ'93（Ⅲ）－全国入院・入所者本人調査編－ 全家連保健福祉研究所モノグラフNO.7』全家連 1994年
 - (24) 全家連保健福祉研究所編『精神障害者・家族の生活と福祉ニーズ'93（Ⅱ）－全国地域生活本人調査編－ 全家連保健福祉研究所モノグラフNO.6』全家連 1994年
 - (25) 前掲書(16) p.91
 - (26) 牧野田恵美子『精神障害者の地域生活』一橋出版 1997年 p.29
 - (27) 岡村正幸「地域援助実践の考え方と展開」『社会福祉方法原論』法律文化社 1997年 p.245
 - (28) 総理府編『障害者白書（平成7年版）』大蔵省印刷局 1995年 p.11～12
 - (29) 牧野田恵美子 前掲書 p.29
 - (30) 加瀬昭彦「主要なニーズ」『精神障害者の福祉対策上のケースマネジメントに関する研究 平成5年度厚生科学研究報告書』1994年 p.12
 - (31) 大阪府環境保健部編『大阪府衛生年報 平成9年版』大阪府環境保健部総務課 1998年 p.270
大阪府環境保健局編『衛生統計年報 平成8年』大阪市環境保健局 1998年 p.91
 - (32) 加瀬昭彦 前掲書 p.12
 - (33) 前掲書(8) p.65
 - (34) 加瀬昭彦 前掲書 p.12
 - (35) 援護寮・福祉ホームとも、利用期限は原則として2年、最長3年である。

（おかむら あやこ 社会学研究科社会福祉学専攻修士課程修了・佛教大学実習指導センター）

1999年10月15日受理